



ЛИПЕЦКАЯ ОБЛАСТЬ
УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
П Р И К А З

13.08.2020

№ 679-П

г. Липецк

О внесении изменений в приказ управления социальной защиты населения Липецкой области от 09 июня 2020 года № 477-П «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги по компенсации расходов по приобретению FM-систем для кохлеарного импланта»

В целях приведения приказов в соответствие с действующим законодательством приказываю:

Внести в приказ управления социальной защиты населения Липецкой области от 09 июня 2020 года N 477-П «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги по компенсации расходов по приобретению FM-систем для кохлеарного импланта» следующие изменения:

в приложении:

1) в пункте втором подраздела 2 слова «установленную нормативным правовым актом администрации Липецкой области» заменить словами «установленную нормативным правовым актом администрации области за второй квартал года, предшествующего году обращения за назначением меры социальной поддержки»;

2) в абзаце втором пункта 10 подраздела 6 слова «(уведомления о принятом решении)» исключить;

3) в пункте 11 подраздела 7 слово «уведомления» заменить словом «решения»;

4) абзац третий пункта 14 подраздела 10 изложить в следующей редакции:
«от территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации, содержащиеся в федеральной государственной информационной системе «Федеральный реестр инвалидов» сведения о наличии/отсутствии инвалидности;»;

5) в пункте 13 слова «получение уведомления лицом, которому оно направлено» заменить словами «получение решения лицом, которому оно направлено»;

6) абзац третий пункта 17 подраздела 13 признать утратившим силу;

7) в пункте 29 подраздела 22:
в абзаце втором слова «в системе АСП» заменить словами «в системе «Адресная социальная помощь» (далее –АСП);

в абзаце четвертом слова «, направление уведомления о принятом решении» исключить;

8) в пункте 32 подраздела 23:

абзац третий изложить в следующей редакции:

«В случае если в заявлении и документах, направленных в Учреждение, УМФЦ заказным почтовым отправлением или в форме электронного документа, установлены обстоятельства, указанные в пункте 16 административного регламента, специалист, ответственный за прием и регистрацию документов, в течение трех рабочих дней со дня приема заявления направляет заявителю уведомление заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении или в форме электронного документа, подписанного электронной подписью о наличии препятствий для приема документов с объяснением содержания выявленных недостатков в представленных документах и возвращает документы заявителю.»;

абзац четвертый признать утратившим силу;

9) пункт 33 подраздела 23 признать утратившим силу;

10) в абзаце втором пункта 43 подраздела 25 слово «ЭЦП» заменить словами «электронной подписью»;

11) в пункте 44 подраздела 25:

в абзаце втором слово «ЭЦП» заменить словами «электронной подписью»;

абзац четвертый изложить в следующей редакции:

«Копия решения о предоставлении государственной услуги либо об отказе в предоставлении государственной услуги направляется заявителю в течение 5 рабочих дней со дня регистрации Приказа в системе ДЕЛЮ ВЕБ»;

в абзаце восьмом слова «с месяца обращения и не позднее 15 числа каждого месяца» заменить словами «не позднее 10 рабочих дней со дня принятия решения о предоставлении государственной услуги»;

12) в абзаце первом пункта 47 подраздела 26 после слов «письменного решения» дополнить словами «, в электронной форме, в том числе посредством электронной почты»;

13) в абзаце первом пункта 49 подраздела 27 слово «ЭЦП» заменить словами «электронной подписью»;

14) в абзаце первом пункта 146 подраздела 52 слово «РИГУ» заменить словом «РПГУ»;

15) приложение 1 к административному регламенту предоставления государственной услуги по компенсации расходов по приобретению FM-систем для кохлеарного импланта изложить в следующей редакции:

«Приложение 1
к административному регламенту
предоставления государственной
услуги по компенсации расходов по
приобретению FM-систем для
кохлеарного импланта»
Директору центра социальной
защиты населения

(фамилия, имя, отчество заявителя,

законного представителя)
проживающего по адресу:

Контактный тел. _____
адрес электронной почты (при наличии) _____

заявление.

В соответствии с п. 6.1 ст. 13 Закона Липецкой области от 02.12.2004 № 141-ОЗ «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Липецкой области» прошу предоставить

_____ (указать получателя компенсации)

_____ (указать наименование приобретенного изделия)

Ответ прошу направить почтовым отправлением/выдать на руки/ посредством _____ электронной _____ почты _____ (нужное подчеркнуть) _____ (указать иной способ)

Сообщаю сведения о составе семьи:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество члена семьи (указываются все члены семьи)	Число, месяц, год рождения	Родственные отношения	Адрес регистрации по месту жительства (вид регистрации)
1.			заявитель	
2.				

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; данные свидетельства о рождении ребенка, данные справки медицинской организации, сведений ИПРА, фамилию, имя, отчество, адрес представителя субъекта персональных данных, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных) в целях предоставления меры социальной поддержки – услуги по компенсации расходов по приобретению FM-систем для кохлеарного импланта. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обмен (прием и передачу) моими персональными данными с третьими лицами с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные в том числе, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной документации, а также договорами между Оператором и третьими лицами.

Согласие на обработку персональных данных конкретное, информированное и сознательное. Согласие на обработку персональных данных может быть дано субъектом персональных данных или его представителем в любой позволяющей подтвердить факт его получения форме, если иное не установлено федеральным законом. В случае получения согласия на обработку персональных данных от представителя субъекта персональных данных полномочия данного представителя на дачу согласия от имени субъекта персональных данных проверяются оператором.

Согласие на обработку персональных данных

Являетесь ли Вы (ребенок) инвалидом: да нет
(нужное подчеркнуть)

«__» _____ года _____ (_____)
(подпись с расшифровкой)

Приложения:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Полноту и достоверность предоставленных сведений подтверждаю.

«__» _____ года _____ ».
(личная подпись)

Начальник управления

О.Н. Белоглазова